

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

IV Vertrag Ophthalmochirurgie	
	
Behandlungsdokumentation	

VU/Aufklärung (Datum: *) _____	 R <input type="checkbox"/>  L <input type="checkbox"/>
--------------------------------	--

Hauptdiagnose / ICD 10 (scroll down/Mehrf.Ausw.) *) : _____

Begl. Erk. Diab. Mellitus *) <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> E10.3 "Typ I" <input type="checkbox"/> E11.3 "Typ II" <input type="checkbox"/> E14.3 „DM n.n.b“ <input type="checkbox"/> and. ICD: _____			
Besonderheiten Augenmedikation: <input type="checkbox"/> Ja, welche _____			
Vor-OP: <input type="checkbox"/> Ja, Art, Datum _____			
Besonderheiten Befund <input type="checkbox"/> Ja, welche _____			
Geplanter Eingriff:		<input type="checkbox"/> planbar	<input type="checkbox"/> notfallmäßig

R	Sphäre	<input type="text"/>	Zylinder	<input type="text"/>	Achse	<input type="text"/>	Visus(CC, präop) *):	<input type="text"/>
L	Sphäre	<input type="text"/>	Zylinder	<input type="text"/>	Achse	<input type="text"/>	Visus(CC, präop) *):	<input type="text"/>
R: Tensio (mm Hg, präop) <input type="text"/>					L: Tensio (mm Hg, präop) <input type="text"/>			

OP-Dokumentation		Behandlungsdatum *): _____	
Durchgeführte Prozedur(en) / OPS-Schlüssel *): _____			
<input type="checkbox"/> Cataract	<input type="checkbox"/> Netzhaut-OP	<input type="checkbox"/> Schiel-OP	<input type="checkbox"/> kl. Lid-Chir.
<input type="checkbox"/> Glaukom	<input type="checkbox"/> Vitrektomie	<input type="checkbox"/> HH-Eingriff	<input type="checkbox"/> gr. Lid-Chir.
<input type="checkbox"/> Kombinationschirurgie (Glaukom/Cat)		<input type="checkbox"/> Kombinationschirurgie (ppV/Cat)	

Anästhesie *)	<input type="checkbox"/> ausschließlich durch Anästhesist	<input type="checkbox"/> auch durch Operateur		
Anästhesie *)	<input type="checkbox"/> topisch	<input type="checkbox"/> peribulbär	<input type="checkbox"/> Intracameral	<input type="checkbox"/> Allg.Anästh./ITN
(Die Anwesenheit eines Anästhesisten dokumentiert eine Standby Anästhesie/Analosedierung)				
Name des Anästhesisten *): _____				

Intraoperative Besonderheiten *): <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA	
<input type="checkbox"/> RR-Entgleisung	<input type="checkbox"/> Motorische Unruhe
<input type="checkbox"/> Kardiovaskuläre Komplikationen	<input type="checkbox"/> Agitation
<input type="checkbox"/> stationäre Einweisung erforderlich?	Falls Ja, weil: _____

Weitere Besonderheiten / Komplikationen *): <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA
--

Sonstige Bemerkungen / Besonderheiten (z.B. bezgl. Medikation)

<input type="checkbox"/> OP Aufklärung, Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Patienten liegt vor *)
--

Befundaufnahme / Dokumentation abgeschlossen - Speichern/Absenden entspricht der elektronischen Unterschrift
--

*) Pflichtfelder

Begleitdokumentation abhängig vom durchgeführten Eingriff (nur die relevanten Blöcke sind zu dokumentieren)

Nur falls Katarakt-OP

OP-Art: *)	<input type="checkbox"/> Phako <input type="checkbox"/> ECCE <input type="checkbox"/> Laserphako <input type="checkbox"/> ICCE
Schnittführung: *)	<input type="checkbox"/> clear corneal <input type="checkbox"/> skeral <input type="checkbox"/> limbal <input type="checkbox"/> sonstige
Implantat-Typ: *)	<input type="checkbox"/> spärisch <input type="checkbox"/> asphärisch <input type="checkbox"/> multifocal <input type="checkbox"/> torisch <input type="checkbox"/> Blaufilter
Linse *)	<input type="checkbox"/> HKL <input type="checkbox"/> VKL <input type="checkbox"/> Sulkus <input type="checkbox"/> phake Linse (ICL, Add-on)
Hersteller/Typ /Stärke	_____
Astigmatismus-ziel	<input type="checkbox"/> neutral <input type="checkbox"/> reduziert
Emmetropie-Linse:	_____ (werte +/- xx,xx)
Erwartete Restrefraktion:	_____ (werte +/- xx,xx)

Nur falls Glaukom-OP

Vor - OP:	<input type="checkbox"/> SLT <input type="checkbox"/> ALT <input type="checkbox"/> YAG-IE <input type="checkbox"/> CPC <input type="checkbox"/> penet. OP <input type="checkbox"/> Nicht penet. OP
OP-Art: *)	<input type="checkbox"/> penetrierend <input type="checkbox"/> nicht penetrierend
OP-Verfahren:	_____

Nur falls Lid-OP

Diagnose_Zusatz *)	<input type="checkbox"/> unilateral <input type="checkbox"/> bilateral
Kosmetische Indikation *)	<input type="checkbox"/> Nein, Begründung _____

Nur falls Schiel-OP

OP-Art:	<input type="checkbox"/> Minimalinvasiv <input type="checkbox"/> Konventionell
---------	--

Nur falls Hornhauteingriff

OP-Art:	<input type="checkbox"/> Perforierende KP <input type="checkbox"/> Lamelläre KP <input type="checkbox"/> DSEK <input type="checkbox"/> DMEK
Kosten Transplantat (Angabe notwendig für Preis-Gleitklausel):	_____

Falls auf Seite 1 Komplikationen „JA“ angekreuzt wird, erscheint folgende Auswahlliste:

OP-Spezifische Besonderheiten / Komplikationen

- OP-Abbruch
- Zustand nach Vor-OP (CAT)
- Zustand nach Vor-OP (ppV/NH)
- Zustand nach Trauma
- Cornea guttata
- Hornhautnarben
- Endotheliopathie
- Aphakie
- Irisdefekt
- Enge Pupille
- synerchierte Pupille
- Floppy-Iris mit Prolapsneigung
- PEX
- Weiche Zonula
- Sehr harter Kern
- Rhexis-Deviation
- hintere Kapselruptur
- Glaskörpervorfall
- Zonulolyse
- Vordere Vitrektomie
- Kernverlust
- Epinucleusverlust
- IOL-Verlust
- IOL-Sulcus Implantation
- Zustand n. Glaukomanfall
- Glaukom mit engem Kammerwinkel
- intraoperative Ablatio
- retinale Blutung
- Retinotomie
- intraoperative Laserkoagulation
- intraoperative Kryokoagulation
- Einsatz schwerer Flüssigkeit
- Einsatz rTpA
- Einsatz Anti-VEGF
- Einsatz Steroide
- Tamponade mit GAS
- Tamponade mit Silikonöl
- Kombination Plombe
- Kombination Plombe + Cerclage
- sonstige _____